

PREPARAZIONE PER INDAGINI RADIOLOGICHE CON MEZZI DI CONTRASTO VIA EV.

Il paziente è invitato ad attenersi scrupolosamente alle norme riportate.

Il giorno dell'esame con Mezzo di Contrasto presentarsi **a digiuno da almeno 6 ore** e portare in visione i **risultati dei seguenti esami, eseguiti da non più di un mese:**

- **CREATININA**
- **FILTRATO GLOMERULARE**

Portare con sé gli esami radiologici precedenti e la richiesta medica che definisca l'esame e la relativa indicazione (non più vecchia di 3 mesi).

Il paziente deve essere adeguatamente idratato (bere molta acqua) il giorno prima e fino a 24 ore dopo l'esame.

I pazienti con insufficienza renale e/o diabete devono portare il documento sottostante dove viene richiesta la relazione del medico che ha prescritto l'esame oggetto della prenotazione.

I pazienti con allergie note ai farmaci e in particolar modo ai mezzi di contrasto devono seguire il percorso dedicato che prevede la consegna delle istruzioni per la premedicazione.

INFORMATIVA PER PAZIENTI DIABETICI e/o con FUNZIONALITA' RENALE COMPROMESSA CHE DEVONO ESEGUIRE ESAMI CON MEZZI DI CONTRASTO VIA EV.

La invitiamo a condividere e completare questo foglio informativo con il proprio medico prescrittore al fine della corretta valutazione e preparazione per gli esami richiesti.

In accordo con le linee guida internazionali e i dati riportati nella recente letteratura specialistica segnaliamo al Medico Curante il **comprovato effetto di incremento del rischio di acidosi lattica legato all'uso dei mezzi di contrasto iodati (MDC) per via sistemica nei pazienti diabetici non insulino dipendenti in trattamento con ipoglicemizzanti orali (es. metformina)**. Questo dato, pur non costituendo di per sé una controindicazione assoluta all'esecuzione dell'indagine contrastografica, determina la necessità di intraprendere un percorso clinico specifico (che sintetizziamo nello schema successivo) in cui è indispensabile la collaborazione del Medico Curante e del Medico Radiologo. Nei pazienti in oggetto si possono verificare diverse condizioni cliniche legate alla funzionalità renale (che deve essere valutata prima dell'indagine radiologica con MDC).

ALL'ATTENZIONE DEL MEDICO PRESCRITTORE e DEI MEDICI DEL CMS:

- 1) se il valore di GFR è maggiore di 60 ml/min/1.73 m², il paziente può continuare ad assumere la Metformina.
- 2) se il valore di GFR è tra 30 e 60 ml/min/1.73 m², il paziente deve sospendere la Metformina 48 h prima dell'esecuzione dell'esame Tc con mdc e riprendere il farmaco dopo 48 h dall'esecuzione dell'esame con mezzo di contrasto.
- 3) se il valore del GFR è meno di 30 ml/min/1.73 m², l'esame con mdc non deve essere eseguito.

Inoltre:

a) Normale funzionalità renale: l'esame radiologico con MDC può essere effettuato ma l'assunzione di metformina va sospesa dal momento dell'esame per le successive 48 ore e ripresa solo dopo aver verificato che i parametri della funzionalità renale (Creatininemia in particolare) non si sono modificati in senso patologico.

b) Funzionalità renale compromessa: l'esame radiologico con MDC non può essere effettuato se non dopo 48 ore di sospensione della terapia con metformina. Come nel caso a) il farmaco può essere riassunto solo dopo aver verificato che i parametri della funzionalità renale (Creatininemia in particolare) non si sono modificati in senso patologico.

Le linee guida riguardo il valore del GFR sopra elencate, si riferiscono anche ai pazienti diabetici in terapia con altri ipoglicemizzanti orali.

In tutti i casi il paziente deve essere adeguatamente idratato (bere molta acqua) il giorno prima e fino a 24 ore dopo l'esame mediante.

E' necessario monitorare il paziente per l'insorgenza di sintomi di acidosi lattica (vomito, sonnolenza, nausea, dolore epigastrico, iperpnea, diarrea e sete) ed eventualmente ricorrere alle cure ospedaliere.

RELAZIONE DEL MEDICO PRESCRITTORE:

Il paziente

COGNOME e NOME	
Nato/a a	
In data	

Medico Inviante _____

Indagine richiesta _____

Sospetto clinico per cui si richiede l'indagine radiologica _____

Anamnesi paziente _____

Fattori di Rischio _____

Creatininemia (valore non antecedente ai 30 gg)

Filtrato Glomerulare (valore non antecedente ai 30 gg)

Eventuale modifica di terapia e/o preparazione suggerita:

Data _____

Firma del Medico Prescrittore _____

Recapito telefonico/mail del medico _____

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DELLA TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON O SENZA
MEZZO DI CONTRASTO
SINTESI INFORMATIVA**

Data _____

CHE COS'È

La TC è una tecnica diagnostica che utilizza radiazioni ionizzanti e fornisce, rispetto alla radiologia tradizionale, un miglior dettaglio morfologico di tutte le strutture anatomiche. Poiché si tratta di un esame che espone a radiazioni ionizzanti se ne deve evitare l'utilizzo in assenza di un'indicazione clinica specifica, inoltre **le donne in età fertile devono escludere gravidanze in corso per il possibile rischio di danni al feto.**

A COSA SERVE

E' un'indagine di approfondimento diagnostico che sulla base d'indicazione clinica consente di studiare problematiche traumatologiche, oncologiche, infiammatorie e, più in generale, situazioni di urgenza-emergenza di tutti i distretti corporei.

COME SI EFFETTUA

Il paziente viene posizionato su un lettino che si muove all'interno di un'apparecchiatura circolare (gantry) al cui interno si trovano la fonte di raggi X ed i dispositivi di rilevazione. I dati di rilevazione ottenuti vengono rielaborati da un computer che li trasforma in immagini del distretto esaminato. Esiste la possibilità di ottenere anche ricostruzioni anatomiche nei tre piani dello spazio.

A discrezione del Medico Radiologo e in relazione al tipo di patologia da studiare, può essere necessario somministrare un mezzo di contrasto per via endovenosa che migliora il potere diagnostico della metodica.

Le articolazioni possono essere studiate in alcuni casi con artroTC che prevede l'introduzione intrarticolare di mdc.

COSA PUÒ SUCCEDERE – EVENTUALI COMPLICANZE

Una **funzionalità renale compromessa** è il principale limite all'uso del **mezzo di contrasto organo-iodato**. Per tale motivo a testimonianza di una funzionalità renale non compromessa è **richiesto un valore della creatininemia e del filtrato glomerulare recenti (max 1 mese)**. I mezzi di contrasto iodati attualmente a disposizione sono prodotti estremamente sicuri, ma occasionalmente **possono dare le seguenti reazioni**: MINORI come vampate di calore, starnuti, nausea, vomito, orticaria circoscritta, sintomi che in genere non richiedono alcuna terapia e si risolvono spontaneamente. MEDIE O SEVERE come orticaria diffusa, difficoltà respiratorie, battiti cardiaci irregolari o perdita di coscienza, shock anafilattico, edema della glottide, richiedono di solito terapia medica o l'intervento del rianimatore. In casi del tutto eccezionali, come avviene con molti altri farmaci, i mezzi di contrasto possono causare decesso. I medici ed il personale della radiologia sono addestrati per curare nel miglior modo possibile queste reazioni nel caso si verificassero. Esiste la possibilità di reazioni ritardate (entro una settimana), generalmente cutanee lievi, che si risolvono per lo più senza terapia. E' altresì possibile la comparsa di altri effetti collaterali, più rari, generalmente di lieve-media entità e l'aumento di probabilità di comparsa degli effetti collaterali segnalati, per patologie concomitanti e l'esecuzione di altri trattamenti (farmacologici, chemioterapici,...).

L'artro TC, generalmente, non comporta significativi effetti collaterali di tipo sistemico.

PREPARAZIONE NECESSARIA – RACCOMANDAZIONI

Per l'esecuzione di un **esame che preveda l'utilizzo del mezzo di contrasto è necessario essere a digiuno da almeno 6 ore (con l'esclusione dei farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti o di acqua)**. In caso di esecuzione di esami con mezzo di contrasto è indispensabile avvertire preventivamente di importanti allergie note, condizioni asmatiche. Per ottenere la migliore qualità delle immagini e non compromettere il risultato diagnostico, **durante tutto l'esame è necessario mantenere il massimo grado di immobilità, respirando regolarmente.**

Preso atto delle informazioni fornite nel modulo di consenso il paziente può richiedere ulteriori spiegazioni al medico radiologo.

**ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO/DISSENSO INFORMATO
ALL'ESECUZIONE DELL'INDAGINE DI TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA CON O SENZA MEZZO DI
CONTRASTO**

Il paziente

COGNOME e NOME	
Nato/a a	
In data	

[EVENTUALE] Per il paziente qui sopra indicato, il sottoscritto

COGNOME			
NOME			
Nato/a a			Prov.
In data		Cod. Fis.	

in qualità di suo

genitore **care giver** **tutore** **curatore** **amministratore di sostegno** **(altro)** _____

Informato:

sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente **Tomografia Computerizzata**

SENZA MEZZO DI CONTRASTO

CON MEZZO DI CONTRASTO

Reso/a consapevole:

sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame;
dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta

rifiuto l'indagine proposta

Medico radiologo _____

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI

NO

Firma del paziente _____

SOLO SE richiesta TC con MEZZI DI CONTRASTO
DICHIARAZIONE di ALLERGIE NOTE

1- ai mezzi di contrasto: SI NO

2- **allergie** con precedenti episodi di insufficienza respiratoria, manifestazioni orticarioidi generalizzate gravi, angioedema, broncocostrizione, shock anafilattico, perdita di coscienza SI NO

3- **allergie a farmaci** SI NO

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data _____

Firma del paziente _____